Умственная отсталость

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F70, F71, F72, F73, F78, F79 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Умственная отсталость — состояние задержанного или неполного развития психики с нарушением интеллектуальных, речевых, моторных и социальных способностей и адаптивного поведения. Рекомендация посвящена диагностике у детей и подростков, выявлению соматической и неврологической патологии, коррекции сопутствующих нарушений поведения и длительной абилитации; прямого лечения самого интеллектуального недоразвития нет.

Главное

- Диагноз предполагает не только интеллектуальный дефект, но и постоянное нарушение адаптивного поведения; при легкой степени в поддерживающей среде оно может быть малозаметным.
- Умственная отсталость может сочетаться с любым психическим или соматическим расстройством; психические расстройства встречаются у таких пациентов как минимум в 3–4 раза чаще, чем в общей популяции.
- Интеллектуальный дефект обычно не прогрессирует, но отдельные формы могут иметь прогредиентное течение; примером в тексте названа фенилкетонурия в первые годы жизни.
- Окончательную диагностику легкой степени обычно проводят в 6–8 лет, умеренной — в 3–5 лет; глубокую степень следует устанавливать до 3 лет, предпочтительно в первый год жизни.
- Результат теста интеллекта на уровне двух и более стандартных отклонений ниже среднего, например IQ 70 и ниже при среднем 100 и стандартном отклонении 15, поддерживает диагноз, но одного цифрового показателя недостаточно: диагноз устанавливает детский психиатр по клиническим данным.
- Основу помощи составляют психологическая абилитация, развитие навыков общения и трудовой деятельности, повышение автономии, поддержка семей и создание долгосрочной социальной поддержки.

Диагностика

1. Рекомендуется первичный прием детского врача-психиатра всем детям с задержкой психического развития или подозрением на умственную отсталость для установления, подтверждения или исключения диагноза (УУР С, УДД 5).
2. При психиатрическом обследовании анализируют анамнез и историю развития, интеллектуальный дефект, восприятие, память, внимание, мышление, эмоционально-волевую сферу и адаптацию; оценивают также динамику нарушений с возрастом и на фоне лечения и реабилитации.
3. Проводят первичный осмотр педиатра и невролога для поиска сопутствующей соматической и неврологической патологии: пороков развития, стигм дизэмбриогенеза, нарушений черепных нервов, рефлексов, координации, чувствительности и вегетативной нервной системы (УУР С, УДД 5).
4. Первичную консультацию генетика и генетическое исследование назначают при выраженных аномалиях или пороках развития, множественных стигмах дизэмбриогенеза, наследственной или хромосомной патологии у предыдущих детей либо воздействии мутагенных химических или радиационных факторов на одного из родителей (УУР С, УДД 5).
5. Проводят психологическое исследование с помощью тестов Векслера, Равена или Стэнфорд—Бине; его выполняют при направлении на медико-психолого-педагогическую комиссию, медико-социальную или военно-врачебную экспертизу и при динамическом наблюдении, но не чаще одного раза в год (УУР С, УДД 5).
6. Рентгенографию всего черепа выполняют в одной или нескольких проекциях при визуально обнаруженных дефектах костей черепа; исследование помогает выявить костную гипертрофию, преждевременное зарастание швов, кальцификаты и признаки гидроцефалии (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Лечение направляют главным образом на сопутствующие психические и психоневрологические расстройства и поведенческие нарушения. Предпочтительно сочетать медикаментозные и

немедикаментозные методы, трудотерапию и социальную работу с пациентом и семьей; коррекцию поведения по возможности проводят амбулаторно.

- Психофармакотерапия не является основным методом: ее используют строго по клиническим показаниям и ограниченное время — при грубых, не поддающихся коррекции нарушениях поведения, наличии биологических факторов риска или выраженных эмоциональных и соматовегетативных расстройств.
- Гопантеновую кислоту применяют для коррекции высших психических функций: раствор внутрь в суточной дозе 30–50 мг/кг, разделенной на 1–2 приема, курсом 2–3 месяца. Таблетки разрешены с 3 лет; максимальная суточная доза — 0,75–3,0 г (УУР С, УДД 4).
- Церебролизин применяют преимущественно при легкой степени, в монотерапии, для активации интеллектуальной деятельности: 0,1–0,2 мл/кг ежедневно в течение 10–20 дней (УУР С, УДД 4).
- Рисперидон назначают с 5 лет кратковременно, до 6 недель, при непрекращающейся агрессии с риском вреда себе или окружающим после неэффективности немедикаментозной коррекции. При массе тела от 20 кг стартуют с 0,5 мг/сут; эффективный диапазон — 0,5–3 мг/сут, прием 1–2 раза в день; повышение проводят поэтапно с интервалами, указанными в рекомендации (УУР В, УДД 2).
- Галоперидол используют при агрессии, сочетающейся с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, у детей старше 5 лет в дозе 1,0–6,0 мг/сут (УУР В, УДД 2). Наиболее частые побочные эффекты — экстрапирамидные расстройства и паркинсонизм; у большинства больных отмечаются преходящий акинето-ригидный синдром, окулогирные кризы, акатизия и дистонические явления.
- Перициазин применяют с 3 лет при тяжелых поведенческих расстройствах с ажитацией и возбуждением; дозу постепенно титруют от низкой до 0,56–1,92 мг/кг/сут, максимальная хорошо переносимая доза — 75 мг/сут (УУР В, УДД 3). Следят за экстрапирамидными нарушениями и артериальной гипотензией.
- Психотерапия показана при тревоге и конфликтах, нарушениях межличностного общения и других расстройствах, чувствительных к психотерапии; методы адаптируют к уровню развития, а у пациента должны быть хотя бы минимальные коммуникативные навыки и способность формировать контакт с терапевтом.

Когда направить и как наблюдать

- Стационарное лечение показано при умственной отсталости, осложненной психотической симптоматикой, включая кататоническую, галлюцинаторно-параноидную, маниакальную или депрессивную. Непсихотические нарушения поведения сами по себе показанием к госпитализации не являются.
- Из психиатрического или дневного стационара пациента выписывают после успешного завершения подбора психофармакотерапии и нормализации состояния; после минования острой психотической симптоматики уже в стационаре начинают реабилитационные мероприятия.
- Амбулаторную психиатрическую помощь детям и подросткам оказывают в психоневрологическом диспансере; консультативно-лечебная помощь предоставляется по обращению или с согласием, а диспансерное наблюдение возможно при хроническом или затяжном расстройстве с тяжелыми стойкими либо часто обостряющимися проявлениями.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз только по IQ?

Нет. Психологические тесты являются дополнительными; диагноз устанавливает детский психиатр по клинической картине, истории развития, уровню адаптации и оценке сопутствующих нарушений. Показатель на два и более стандартных отклонения ниже среднего поддерживает диагноз, но не заменяет клиническую оценку.

В каком возрасте подтверждают умственную отсталость?

Для легкой степени оптимален возраст 6–8 лет, для умеренной — 3–5 лет. Глубокую степень диагностируют в первые месяцы или первый год жизни и в любом случае до 3 лет.

Когда нужно направлять ребенка к генетику?

При выраженных аномалиях или пороках развития, множественных стигмах дизэмбриогенеза, наследственной или хромосомной патологии у предыдущих детей либо воздействии мутагенных химических или радиационных

факторов на одного из родителей. Консультация генетика нужна для уточнения причины и генетического прогноза.

Когда оправдан рисперидон при умственной отсталости?

С 5 лет — при стойкой агрессии, не поддающейся немедикаментозной коррекции, если существует риск вреда себе или окружающим. Лечение краткосрочное, до 6 недель; начальная доза при массе тела от 20 кг — 0,5 мг/сут, эффективный диапазон — 0,5–3 мг/сут (УУР В, УДД 2).

Когда требуется госпитализация?

Прямое показание — психотическая симптоматика, в том числе кататоническая, галлюцинаторно-параноидная, маниакальная или депрессивная. Изолированные непсихотические нарушения поведения показанием к стационарному лечению не считаются.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/676-umstvennaya-otstalost. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/676_2